

Ambulante thuisdetox: ervaringen van patiënten en naasten

Mariëlle Penders, Tineke Schoot, Monique Bongaerts, Maarten Vanwingh en Ivan Huijnen*

Inleiding

Alcoholafhankelijkheid komt naar schatting voor bij ruim 78.400 volwassenen (18-65 jaar) in Nederland. Het aantal mensen met alcoholmisbruik is bijna vijf keer hoger (395.600). Beide komen bij mannen vaker voor dan bij vrouwen (Trimbos-instituut, 2011). Een op de drie tot vijf probleemdrinkers ondervindt schadelijke effecten van het drinkgedrag (LSMR-GGZ, 2009; Scottisch Intercollegiate Guidelines Netwerk, 2003). Slechts een kleine minderheid van de mensen met alcoholafhankelijkheid wordt hiervoor daadwerkelijk behandeld (Fleeman, 1997; Dom & Goossens, 2004). Om alcoholafhankelijkheid te kunnen behandelen, zijn verschillende detoxificatiebehandelingen ontwikkeld. Bij alcohol detoxificatie wordt getracht op een geplande manier een patiënt te laten ontwennen van alcohol (Scottisch Intercollegiate Guidelines Netwerk, 2003). Indien de alcoholafhankelijke patiënt tijdens de ontwenningfase een risico op ontwenningssymptomen heeft, vereist dit medische en verpleegkundige zorg, zodat deze ontwenningssymptomen en/of complicaties worden geminimaliseerd (Shand e.a., 2003).

Een van de mogelijke behandelingen om te ontwennen is ambulante thuisdetox (ATD). In verschillende onderzoeken wordt aangegeven dat

* M.N. Penders is verpleegkundig specialist bij de Divisie Verslavingszorg van Mondriaan voor geestelijke gezondheid te Heerlen. E-mail: m.n.penders@mondriaan.eu.

Dr. T. Schoot is senior docent-onderzoeker bij de Faculteit Gezondheidszorg van Hogeschool Zuyd te Heerlen.

Dr. M. Bongaerts is verslavingsarts bij de Divisie Verslavingszorg van Mondriaan voor geestelijke gezondheid te Heerlen.

M. Vanwingh is manager bij de Divisie Verslavingszorg van Mondriaan voor geestelijke gezondheid te Heerlen.

Dr. I.P.J. Huijnen is senior onderzoeker bij Onderzoeksschool CAPHRI van de Universiteit Maastricht.

patiënten een voorkeur hebben om de behandeling thuis te ondergaan, in plaats van in een kliniek (Fleeman, 1997). Fleeman (1997) stelt dat 40 procent van de patiënten niet bereid is om een klinische detoxificatie te ondergaan binnen een ggz-instelling en dat 33 procent geen klinische detoxificatie in een ziekenhuis overweegt. ATD wordt als positief ervaren, aangezien patiënten in hun bekende thuisomgeving minder last hebben van ontwenningssymptomen. In vergelijking met de klinische detoxificatie gebruiken patiënten minder en voor kortere duur medicatie ter ondersteuning bij ontwenning. Patiënten geven daarnaast aan dat zij het belangrijk vinden dat zij in hun dagelijkse structuur kunnen blijven functioneren, zoals huishouden, zorg voor kinderen en het onderhouden van hun sociaal netwerk.

Om deze reden lijkt het voor patiënten onder de 35 jaar en vrouwelijke patiënten makkelijker om in een vroeg stadium van verslaving hulp te zoeken (Fleeman, 1997; Bennie, 1998; Stockwell e.a., 1991; Dom & Goossens, 2004).¹ Patiënten die geen opname willen of nodig hebben, kunnen met ATD eenvoudiger worden bereikt. Hierdoor kan escalatie van het alcoholprobleem mogelijk voorkomen worden. Door patiënten ambulant te behandelen, verkorten de wachlijsten voor klinische detoxificatie. Ten slotte blijkt dat ATD kosteneffectiever is dan klinische detoxificatie, ondanks het intensieve aantal huisbezoeken dat hiermee gepaard gaat (Fleeman, 1997; Bennie, 1998; Stockwell e.a., 1991; Dom & Goossens, 2004). De genoemde onderzoeken hebben echter slechts een beperkte bewijskracht, aangezien het type onderzoek methodologische beperkingen had en de onderzoekspopulaties klein waren. Toch bestaan er overeenkomsten tussen de verschillende onderzoeken, hetgeen de bovenstaande bevindingen aannemelijk maakt (Fiellin, 2000; Fleeman, 1997).

Hoewel ATD internationaal de laatste jaren frequent onderzocht wordt, werd deze behandeling in Nederland nog niet toegepast.

Mondriaan voor geestelijke gezondheidszorg is de eerste instelling die met ATD haar zorgaanbod wil uitbreiden, om zo een bredere doelgroep te bereiken. In november 2009 is bij Mondriaan een pilot voor ATD-behandeling van start gegaan. Op basis van de literatuurstudie naar ATD, werd een protocol opgesteld. Dit omvat de uitvoering van screening naar geschiktheid en de inhoud van de ATD-behandeling. Voorwaarden zijn een enkelvoudige verslavingsproblematiek bij de patiënt, waarbij zowel de fase van overmatig gebruik als de fase van

1 De Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie onderscheidt vier stadia van verslaving: a experimenteerfase, b sociaal of geïntegreerd gebruik, c overmatig en schadelijk gebruik, en d verslavingsfase (NVvP, 1998).

verslaving in aanmerking komt voor ATD. Daarnaast is een stabiele woonomgeving met minimaal één naaste van belang. Exclusiecriteria zijn onder andere gecompliceerde detoxificatie van alcohol in de voorgeschiedenis en ernstige psychiatrische of medische comorbiditeit. De behandeling duurt tien dagen en bestaat uit dagelijkse huisbezoeken door een ervaren verpleegkundige en/of nurse-practitioner (NP). Tijdens deze huisbezoeken wordt de patiënt gemonitord om de ontwenning op te volgen middels ontwenningsschalen, volgens de Richtlijn *detox* (De Jong e.a., 2004). Gedurende deze periode moet een toegewezen casemanager minimaal drie huisbezoeken afleggen, om psychosociale ondersteuning te bieden aan patiënt en naaste. De patiënt wordt gedurende deze periode op alle doordeweekse dagen bezocht. In het weekend wordt geen huisbezoek afgelegd, maar is er gelegenheid om telefonisch contact op te nemen met de verpleegkundigen van de klinische verslavingszorgafdeling.

Aangezien in Nederland nog geen onderzoek is gedaan naar ATD, wil Mondriaan deze behandeling evalueren, onder meer door inzicht te verkrijgen in het verloop en ervaringen van ATD bij patiënten met een alcoholafhankelijkheid en hun naasten. De resultaten dragen bij aan de aanbevelingen voor een ATD-protocol en kan hiermee bijdragen aan het bereiken van een bredere doelgroep. Vanuit deze centrale doelstelling is besloten een breed onderzoek te beginnen. De studie waarvan hier verslag wordt gedaan is een onderdeel hiervan en betreft een kwalitatief onderzoek met als vraagstelling: hoe ervaren patiënten en hun naasten een ambulante thuisdetoxificatie van alcohol?

Materiaal en methode

METHODE

Er is gekozen voor een beschrijvend kwalitatief onderzoek met semi-gestructureerde interviews en een emergent design. We kozen voor kwalitatief onderzoek omdat dit geschikt is om de ervaring van mensen in kaart te brengen over onderwerpen waarover nog weinig bekend is (Boeije, 2005). Het emergent karakter van het design impliceert een open en inductieve werkwijze. Dit houdt in dat het 'ontwerp' zich geleidelijk verder ontwikkelt. Concreet betrof dit de aanpassing van de topiclijst op basis van een tussentijdse analyse. Er werd gebruik gemaakt van 'convenience sampling' (Polit & Beck, 2008). Er werd naar gestreefd door te gaan met interviews tot saturatie bereikt was. Aangezien de beschikbare onderzoekspopulatie beperkt was, is binnen de beschikbare tijd geen volledige saturatie bereikt. Er werd één kwantitatieve vraag toegevoegd.

ONDERZOEKSPOPULATIE

In de periode van november 2009 tot april 2010 werd alle patiënten en hun naasten die aan de ATD-pilot deelgenomen hebben gevraagd aan het onderzoek deel te nemen. Volgens de in- en exclusiecriteria (zie hiervoor) werd de uiteindelijke onderzoekspopulatie samengesteld.

ETHISCHE OVERWEGINGEN

Na raadpleging van de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO) werd vastgesteld dat het onderzoek niet viel onder de WMO. De privacy en anonimiteit van zowel medewerkers als patiënten en derden werd gewaarborgd. De interviews werden op basis van 'informed consent' uitgevoerd en betrokkenen hadden het recht te weigeren. De resultaten waren niet te herleiden tot individuele respondenten.

GEGEVENSVERZAMELING

Bij alle patiënten die voldeden aan de inclusiecriteria en hun naasten is binnen twee weken na afronding van ATD een semigestructureerd interview afgenomen. Op basis van de vraagstelling en een literatuuronderzoek werd hiertoe een topiclijst geformuleerd. De topics waren algemeen van aard en betroffen voor zowel de patiënt als de naaste:

- keuze voor ATD;
- voor- en nadelen van ATD;
- ervaren steun en professioneel handelen door patiënt en naaste, ten aanzien van de huisbezoeken door verpleegkundige en casemanager;
- mogelijke verbeterpunten ten aanzien van ATD.

Verder werd besproken hoe de ondersteuning van de naaste door patiënt en door de naaste was ervaren. Ook werden de uitlokkende factoren bij zucht ofwel drang naar alcohol besproken en gesprekspunten van de respondenten. Ten slotte werd gevraagd de geboden zorg te scoren op een tienpuntsschaal (1 = helemaal niet tevreden; 10 = zeer tevreden). Op basis van de eerste analyses werd aan de topic 'uitlokkende factoren bij zucht' toegevoegd 'uitlokkende factoren bij terugval in alcohol' en 'hoe hierbij is gehandeld door patiënt en hulpverleners'. De onderzoeksgegevens werden verzameld door middel van mondelinge, semigestructureerde interviews waarvan een geluidsopname werd gemaakt. Tevens werden er tijdens de interviews korte aantekeningen gemaakt. De interviews werden bij patiënten en naasten apart

afgenomen. De interviews zijn afgenomen in de thuissituatie, zodat de patiënt en naaste zich in een comfortabele situatie bevonden. De tijd per interview bedroeg 25 tot 40 minuten.

GEGEVENSANALYSE

De analyse is uitgevoerd volgens de principes van de contentanalyse (Polit & Beck, 2008). Daarnaast werd de constante vergelijkende methode toegepast, zoals omschreven door Boeije (2005). Per interview werden de tekstfragmenten die relevant waren voor de onderzoeksvraag geselecteerd. Ervaringen van de respondent werden voorzien van een code, zoveel mogelijk in termen die de respondent zelf gebruikte. Deze codes werden op basis van 'constant comparison' geordend in hoofdcategorieën en subcategorieën. Dataverzameling en data-analyse wisselden elkaar af. Op die manier werden de categorieën gaandeweg aangevuld en getoetst. Uiteindelijk werden de volgende hoofdcategorieën ontwikkeld: keuze voor ATD, voorbereiding, behandeling, zucht, ervaren steun van naaste door patiënt en naaste en evaluatie in zijn geheel.

VALIDITEIT EN BETROUWBAARHEID

Om de kwaliteit van het onderzoek te bewaken, is gebruik gemaakt van verschillende kwaliteitscriteria voor kwalitatief onderzoek (Cox, 2004). Allereerst werd tijdens de interviews regelmatig samengevat om de interpretatie van de onderzoeker te controleren bij de respondent ('member check'; Polit & Beck, 2008). De interviews zijn opgenomen op band, verbatim uitgetypt en vervolgens door de respondenten gecontroleerd. Tijdens de analysefase had de onderzoeker contact met andere onderzoekers over de gebruikte methode en resultaten ('peer review'; Polit & Beck, 2008). Ten slotte is op de dubbelrol van behandelaar en onderzoeker gereflecteerd.

Resultaten

Van de in totaal negen patiënten die deelnamen aan de ATD-behandeling tijdens de onderzoeksperiode, namen zes patiënten deel aan het onderzoek ($N = 6$). Redenen om niet deel te nemen waren de psychische toestand, schaamte en geen mogelijkheid een afspraak te maken. Van de vijf betrokken naasten van patiënten namen drie naasten deel aan het onderzoek ($N = 3$); dit waren partners van patiënten. Eén patiënt had geen naaste ter ondersteuning. De andere twee naasten waren niet in de gelegenheid een interview te geven.

Tabel 1. Kenmerken patiënten.

	Patiënt 1	Patiënt 2	Patiënt 3	Patiënt 4	Patiënt 5	Patiënt 6
Geslacht	man	man	man	man	vrouw	man
Leeftijd	33	47	53	37	35	46
Samenwonend	nee	nee	nee	ja	ja	ja
Ondersteuning naaste	partner	kinderen	casema-nager	partner	partner	partner
Kinderen	1	2	0	2	0	1
Beroep	werkloos	werkloos	werkloos	werkloos	ziektewet	schilder

De bevindingen van het onderzoek worden hierna per hoofdcategorie toegelicht, geïllustreerd met citaten van patiënten en naasten.

KEUZE VOOR ATD

De patiënten en hun naasten kozen om de volgende redenen voor ATD. Over het algemeen was er voor de respondenten eerder geen geschikte detoxificatiemethode, omdat men niet klinisch opgenomen wilde worden en/of een ambulante detox niet intensief genoeg was. Het behandelen in de thuissituatie was een van de redenen om voor ATD te kiezen. Meer dan de helft van de patiënten en alle naasten gaven aan het belangrijk te vinden dat het gewone leven door zou gaan tijdens de ontwenning. De thuissituatie zorgde voor afleiding, zodat de dagen sneller voorbij gingen. Bij de partner en kinderen kunnen blijven vond men belangrijk. De hond niet alleen willen laten speelde voor één patiënt een belangrijke rol. Doordat men in de thuissituatie kon blijven, werd de behandeling als een minder grote stap ervaren.

Je hebt je eigen dingen om je mee bezig te houden en de focus ligt minder op de detox.

Twee patiënten geven aan niet goed in een groep te kunnen functioneren vanwege te veel prikkels, of gesteld te zijn op privacy. Tevens geeft een patiënt aan het belangrijk te vinden dat hij naar zijn werk kon blijven gaan. Fysieke bewegingsvrijheid was voor de meeste patiënten ook een reden om voor ATD te kiezen. Over het algemeen geven de respondenten aan zich opgesloten te voelen en niet hun eigen weg te kunnen gaan, indien zij klinisch opgenomen zouden worden. Ten slotte wordt gemeld dat de confrontatie met alcohol bij ATD direct gebeurt en je zo sneller leert omgaan met een leven zonder alcohol.

Wat ik belangrijk vind, is dat je thuis meteen leert omgaan met geen bier drinken. Een opname is heel anders: dan leer je het daar. En als je dan met ontslag gaat, ben je opeens weg uit de veilige omgeving.

VOORBEREIDING

De voorbereiding bestond uit mondelinge en schriftelijke informatie die voor aanvang van de behandeling aan de patiënt en naaste werd verstrekt door een hulpverlener. De patiënten en naasten zijn over het algemeen tevreden over de voorbereiding en uitleg over de werkwijze. Ook werd de partner hierbij voldoende betrokken. De betrokkenen geven aan dat de informatiebrieven hierin een duidelijke leidraad waren. Daarnaast vinden alle respondenten het belangrijk dat dit tevens mondeling werd toegelicht. Verder geven twee patiënten en een naaste aan dat zij de voorbereiding onvoldoende vinden. Een patiënt wist niet dat ze, indien nodig, klinisch opgenomen kon worden. Daarnaast zijn een patiënt en een naaste onvoldoende op de hoogte gebracht van het belang dat de naaste tien dagen lang in de mogelijkheid moet zijn om de patiënt te ondersteunen.

BEHANDELING

Wat betreft de huisbezoeken door hulpverleners, de planning en het aantal huisbezoeken, vinden de patiënten en naasten het prettig dat de hulpverleners bij hen thuis kwamen, om zo een goede inschatting te krijgen van de thuissituatie. De patiënten en naasten zijn positief over de bezoeken van de verpleegkundigen, zowel wat betreft betrokkenheid als deskundigheid. Zij hebben het gevoel dat een band werd opgebouwd en zij een luisterend oor geboden kregen.

Ik vind dat jullie echt geluisterd hebben naar mijn partner, ook wat betreft zijn angsten voor de medicatieafbouw. Daar hebben jullie gehoor aan gegeven. (...) Jullie gaven niet de indruk van: iedereen doet het op die manier, dus jullie moeten het ook maar zo doen. Ik vond het echt super.

De meningen zijn verdeeld over de zorg van de casemanagers. De helft van de patiënten en naasten is tevreden over de betrokkenheid. De andere helft is ontevreden.

We hadden niet het gevoel dat samen werd gekeken naar het probleem wat er aan te doen is. We hadden wel het gevoel dat we allebei bij het gesprek betrokken waren, maar ik voelde geen betrokkenheid.

Een patiënt en naaste vinden het vervelend dat de casemanager slechts eenmaal contact heeft gezocht en de patiënt naar kantoor moest komen, waardoor de casemanager niet in de thuissituatie is geweest. De deskundigheid van de casemanagers wordt door de meeste patiënten en naasten positief ervaren. Een patiënt en naaste vinden dat niet echt naar het probleem werd gekeken. Omdat een patiënt over sommige dingen niet zou praten in bijzijn van zijn naaste, vindt hij het prettig dat er ruimte was om enkele gesprekken met de casemanager zonder naaste te hebben.

De planning en het aantal huisbezoeken van de hulpverleners is een veelbesproken onderwerp. Over het geheel genomen vinden de patiënten en naasten het aantal bezoeken voldoende. Aangezien het voor één persoon erg wennen was continu afspraken te hebben, moesten het voor deze persoon ook niet meer afspraken zijn. De huisbezoeken door de verpleegkundigen vonden plaats aan het eind van de middag. Er werd zoveel mogelijk rekening gehouden met de thuissituatie. Zo werd bij een patiënt het huisbezoek na het werk van patiënt gepland. De privacy van de patiënt was een belangrijk aandachtspunt. Eenmaal heeft een van de verpleegkundigen zich voorgedaan als klant van de patiënt, toen er onverwachts bezoek kwam.

De helft van de patiënten geeft aan er moeite mee te hebben dat er in het weekend geen huisbezoeken waren. De respondenten zijn minder te spreken over het telefonisch contact met de klinische verslavingszorgafdeling in het weekend. Daar voelden de patiënt en naaste te veel afstand en zich niet begrepen, omdat de verpleegkundige geen persoonlijke band had. Zij vinden het belangrijk dat er ook in het weekend gelegenheid is om een vertrouwde hulpverlener telefonisch te spreken, eventueel met een bezoek.

Het was prettig dat iemand van de vaste verpleegkundigen belde. Je kunt dan op dat moment je verhaal kwijt. Het had voor mij geen meerwaarde gehad bovenop dat ze langs was geweest. En ook dat is een stok achter de deur, aangezien die hulpverlener je situatie kent en je niet alles tien keer hoeft uit te leggen.

De telefonische ondersteuning die in de ochtend werd geboden, wordt op prijs gesteld.

Ik vond het prettig dat er 's morgens iemand vroeg: hoe is het gegaan?

ZUCHT

Zucht ofwel drang om te drinken is aanwezig bij een minderheid van de patiënten. Een patiënt geeft aan moeite te hebben gehad op een plek te komen waar hij altijd gedronken had.

Ik kon alleen niet de stal in, want daar dronk ik meestal om het drinken zoveel mogelijk te verbergen voor mijn zoontje. Op het moment dat ik de eerste dagen de stal in ging, had ik daar een heel akeelig gevoel bij. We hadden wel alle alcohol weggedaan, op voorhand. Maar toch kon ik niet zo die stal in. Daar ging ik echt in een wijde boog omheen. Nu is dat gevoel weg, ik heb de stal anders ingericht.

Bij de patiënten die wel zucht hebben gehad, trad de zucht in het weekend en avonduren op als de patiënt alleen was en ook de naaste niet aanwezig was om te ondersteunen. Patiënten geven aan dat stress en onrustig voelen de factoren waren die zucht veroorzaakten. Bij één patiënt heeft dit geleid tot een terugval, hier is adequaat op gehandeld door de betrokken hulpverleners, waardoor de patiënt in de eigen omgeving kon blijven.

De patiënten zien de huisbezoeken van de hulpverleners als belangrijkste stok achter de deur om niet te drinken. Redenen hiervoor zijn de Bloed Alcohol Concentratie (BAC), de wisselende tijdstippen van de huisbezoeken en de gesprekken. Daarnaast wordt aangegeven dat de behandeling tot verplichtingen leidt.

ERVAREN STEUN VAN NAASTE DOOR PATIËNT

De taak van de naaste is om de patiënt te ondersteunen tijdens de ATD-behandeling. Diverse patiënten vinden de aanwezigheid van een naaste een meerwaarde, met name de ondersteuning bij ontwenning en zucht. Ook op momenten dat een patiënt zich alleen of verdrietig voelde, vindt deze de aanwezigheid van een naaste die hem kon ondersteunen fijn. Aangezien één patiënt de avond voorafgaand aan de behandeling angstig was over wat ging gebeuren, ervaaarde hij de ondersteuning van de naaste als zeer prettig. Eén patiënte en naaste hadden niet begrepen dat de naaste alle tien de behandeldagen ondersteuning moet bieden. Hierdoor heeft de patiënte onvoldoende ondersteuning

gehad. Ten slotte heeft een patiënt zonder steun van een naaste de behandeling ondergaan, omdat hij weinig sociale contacten had die hem konden ondersteunen. De casemanager heeft dit deels kunnen opvangen door langere tijd aanwezig te zijn bij de patiënt.

ERVARING VAN DE GEGEVEN STEUN DOOR NAASTE

De naasten hebben het als prettig ervaren om de patiënt te begeleiden tijdens de behandeling. Twee van de naasten hebben de belasting als matig ervaren. Eén naaste probeerde om de patiënt zo min mogelijk te prikkelen.

Je loopt zelf wat meer op je tenen, je probeert de kinderen wat meer rustig te houden zodat hij ook aan zijn rust komt. Dat vond ik even wat zwaarder eraan. (...) Maar het was veel minder zwaar dan dat ik van tevoren had verwacht.

Zowel patiënt als naaste hadden vooral de intentie het normale leven te laten doorgaan. Wel verschilde de geboden ondersteuning. Over het algemeen was de naaste in huis; bij één patiënt kwam een vriend of dochter dagelijks langs. Bij sommige thuissituaties veranderde weinig in het dagelijkse leven en bij andere situaties werd bewust meer stilgestaan bij de behandeling. Zo hadden twee naasten vakantie genomen om tijdens de behandeling thuis te kunnen zijn. In deze periode is één patiënt bewust leuke activiteiten gaan doen met de partner, terwijl een andere patiënt niet veel met zijn partner heeft ondernomen, zoals dit normaal ook niet het geval is. Toch hebben beide koppels deze periode als positief ervaren.

EVALUATIE

Zowel patiënten als naasten scoren de tevredenheid over de totaal geboden zorg op een tienpuntsschaal tussen 7 en 10.

Conclusie en discussie

Het doel van deze studie was inzicht te verwerven in de ervaringen van de patiënten en naasten in het kader van de evaluatie van ATD als nieuwe behandelmethode. De resultaten laten zien dat de respondenten overwegend positief zijn over zowel de behandeling op zich als de geboden zorg tijdens ATD. Voor zowel patiënt als naaste bood de behandeling in de eigen omgeving vele voordelen. Doordat patiënten in de thuissituatie konden verblijven en de dagelijkse bezigheden thuis konden doorgaan, werd de behandeling als minder belastend ervaren. Hierdoor worden patiënten die zich niet aangesproken voelen door de

reguliere detoxificatiebehandelingen van Mondriaan, toch bereikt. Deze bevindingen komen overeen met de literatuur waarin de behoefte voor thuisdetoxificatie wordt aangegeven (Stockwell e.a., 1991; Fleeman, 1997; Bennie, 1998; Dom & Goossens, 2004). Ook bij moeilijke momenten (zoals ontwenning, zucht en spanningen) vond de patiënt het fijn om in de eigen omgeving te verblijven en steun van een naaste te kunnen krijgen.

De respondenten noemen ook enkele verbeterpunten.

- Allereerst moet de naaste van de patiënt voorafgaand aan de behandeling duidelijk worden verzocht minimaal tien dagen de patiënt te ondersteunen bij ATD. Door verschillende onderzoeken wordt bevestigd dat het belangrijk is dat een naaste aanwezig is bij ATD (Fleeman, 1997; Bennie, 1998; Callow e.a., 2008).
- Ten tweede is het van belang continu te kunnen anticiperen op de individuele behoeften van de patiënt. Doordat geen huisbezoeken in het weekend gepland waren, werd dit als een gat ervaren. Dit is in overeenstemming met de literatuur waarin wordt beschreven dat er gedurende de detoxificatie dagelijks minimaal één huisbezoek moet zijn (Stockwell e.a., 1991; Allan, 2000; Callow e.a., 2008; Alwyn & Hodgson, 2004; Bennie, 1998).
- Ten derde is het van belang dat de casemanager minimaal twee of drie huisbezoeken doet, om psychosociale ondersteuning te bieden. Alwyn en Hodgson (2004) bevestigen dat een psychologische interventie die wordt toegepast tijdens de behandeling, significant betere resultaten laat zien dan reguliere thuisdetoxificatie, wat betreft alcoholgebruik, abstinente dagen, sociale tevredenheid, zelfwaardering en alcoholgerelateerde problemen.

In deze studie is gekozen voor een kwalitatief beschrijvend onderzoek, waarbij interviews zijn afgenomen bij patiënt en naaste. Dit onderzoek betreft weliswaar een kleine groep respondenten, maar het is gelukt om systematisch de ervaringen van de betrokkenen in kaart te brengen. Verschillende kwaliteitscriteria zijn gehanteerd om de kwaliteit van het onderzoek te bewaken.

Een kritische kanttekening bij deze studie is dat de onderzoeker tevens een van de hulpverleners was. De onderzoeker was zich hiervan bewust en heeft ernaar gestreefd om ten gunste van de validiteit van het onderzoek waarderingsvrij te zijn (Boeije, 2005). Gestreefd werd naar saturatie, maar dit bleek niet haalbaar doordat de groep beschikbare respondenten nog te beperkt was. Dit hangt mogelijk samen met de

onbekendheid van de interventie in het bestaande behandelaanbod. Dat betekent dat er enige voorzichtigheid gehanteerd dient te worden bij het trekken van conclusies.

Desondanks geeft de studie een zorgvuldige impressie van ervaringen en behoeften van de beschikbare patiënten en naasten die een dergelijk traject doorlopen. De inzichten dragen bij aan aanbevelingen voor de ontwikkeling van het ATD-protocol. Verder onderzoek gericht op respondenten met een grote variatie aan kenmerken, wordt aanbevolen bij de implementatie van ATD op grotere schaal. Een meer specifieke aanbeveling is dat de informatie die moet worden overgedragen met betrekking tot de condities en voorbereiding, wordt vastgelegd in een checklist, zodat iedere hulpverlener dezelfde informatie overdraagt. Verder zou in de toekomst voor de weekenden een telefonisch consult gepland kunnen worden met een vertrouwde verpleegkundige, waarbij de mogelijkheid bestaat een huisbezoek te plannen. Ten slotte moet er meer overeenstemming komen over de psychosociale ondersteuning van de casemanager tijdens de huisbezoeken.

Meerts (2010) deed in haar studie onderzoek naar veiligheid en uitvoerbaarheid van ATD en concludeert dat er aanwijzingen zijn dat ATD voor de onderzochte groep patiënten veilig en uitvoerbaar is. Om te komen tot een definitief protocol, is het van belang ook de resultaten uit deze studie mee te nemen. Inzichten en aanbevelingen uit beide studies dragen bij aan inzichten en aanbevelingen met betrekking tot verdere implementatie van ATD binnen Mondriaan voor geestelijke gezondheid.

Literatuur

- Alwyn J., & Hodgson, P. (2004). The addition of a psychological intervention to a home detoxification programme. *Alcohol and Alcoholism*, 39, 536-541.
- Bennie, C. (1998). A comparison of home detoxification and minimal intervention strategies for problem drinkers. *Alcohol and Alcoholism*, 33, 157-163.
- Boeije, H. (2005). *Analyseren in kwalitatief onderzoek. Denken en doen*. Amsterdam: Boom.
- Callow, T., Donaldson, S., & Ruiter, M. de (2008). Effectiveness of home detoxification: a clinical audit. *British Journal of Nursing*, 17, 692-695.
- Centrale Commissie Mensgebonden Onderzoek (2002). WMO. De Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen. Internet: www.ccmo-online.nl (15 september 2009).
- Cox, K. (2004). *Evidence-based practice voor verpleegkundigen: methodiek en implementatie*. Amsterdam: Lemma
- Dom, G., & Goossens, B. (2004). Ambulante ontwenning bij alcoholafhankelijkheid, literatuurstudie en pilotonderzoek. *Tijdschrift voor Geneeskunde*, 60, 1619-1627.
- Fiellin, D.A. (2000). Outpatient management of patients with alcohol problems.

- Annals of Internal Medicine*, 133, 815-827.
- Fleeman, N.D. (1997). Alcohol home detoxification: a literature review. *Alcohol and Alcoholism*, 32, 649-656.
- Laar, M.W. van, Cruts, A.A.N., Ooyen-Houben, M.M.J. van, Meijer, R.F., Croes, E.A., Brunt, T., & Ketelaars A.P.M. (2011). *Nationale Drug Monitor: jaarbericht 2010*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Landelijke Stuurgroep Multidisciplinaire Richtlijnontwikkeling in de GGZ (2009). *Multidisciplinaire richtlijn stoornissen in het gebruik van alcohol*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Meerts, J. (2010). *Detoxificatie van alcohol in de thuissituatie, een eerste indruk van een onbekend gebied*. (Thesis master advanced nursing practice.) Interne publicatie, Hogeschool Zuyd.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2008). *Nursing research: principles and methods*. Philadelphia: Lippencott Williams & Wilkins.
- Scottisch Intercollegiate Guidelines Network. (2003). *The management of harmful drinking and alcohol dependence in primary care*. Edinburgh: Scottisch Intercollegiate Guidelines Network.
- Shand, F., Gates, J., Fawcett, J., & Mattick, R. (2003). *Guidelines for the treatment of alcohol problems*. Canberra: Commonwealth Department of Health and Ageing.
- Stockwell, T., Bolt, L., Milner, I., & Russell, G. (1991). Home detoxification from alcohol: its safety and efficacy in comparison with inpatient care. *Alcohol and Alcoholism*, 26, 645-650.
- Wijdeveld, A.G.M. (1998). *In gesprek over verslaving*. Vleuten: Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie.